أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية من خلال الرضا الوظيفي
باستخدام تحليل المسار
(دراسة حالة المستشفى الجامعي بباتنة)

أ. د. زكية مقري أ. جمعة الطيب
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
جامعة باتنة

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى اختبار أثر الرضا الوظيفي كمتغير وسيط في العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى الجامعي بباتنة. واهتمت الدراسة بتقدير هذا الأثر من وجهة نظر الموظفين بالمستشفى (ممرضين، أطباء، إداريين، عمال). استند هذا العمل على دراسة ميدانية استهدفت عينة قوامها 163 مفردة، وذلك باستخدام العديد من الأساليب الإحصائية (الانحدار الخطي البسيط وتحليل المسار) من خلال الرزمة الإحصائية لـ SPSS V20 وAMOS V20 .

وفقا لنتائج التحليل، هناك تأثير ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة على كل من جودة الخدمة المقدمة والرضا الوظيفي بشكل مباشر، فضلا عن وجود تأثير معنوي إحصائيا بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة المقدمة بشكل مباشر. كما أوضحت النتائج وجود تأثير دال إحصائيا لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة من خلال الرضا الوظيفي كمتغير وسيط عند مستوى الدلالة 0.05. غير أن تأثير هذا الأخير لم يكن كاف لتعزيز هذه العلاقة.

الكلمات المفتاحية: إدارة الجودة الشاملة، جودة الخدمة الصحية، الرضا الوظيفي، المستشفي الجامعي بباتنة.

Abstract:

This study aims to test the impact of job satisfaction as a mediator variable in the relation between total quality management (TQM) and quality of health services provided by Batna University Hospital. The study focused on estimating this impact from the point of view of hospital staff (nurses, doctors, administrators, workers). This work was based on a field study targeting a Layered sample of 163 single, using several statistical methods (simple linear regression, analysis and path) through the Statistical Package for SPSS V20 and AMOS V20.

According of analysis Results of this study, there is a statistically significant effect of TQM on quality of health services and job satisfaction directly. As well as having a statistically significant effect between job satisfaction and quality of service directly. The results also showed the presence of a statistically significant effect of TQM on the quality of health services provided through the job satisfaction as a mediator variable at significance level

of 0.05. However, the impact of the mediation thereof is insufficient to reinforce this relationship.

Key words: Total Quality Management, Quality Health Service, Job Satisfaction, University Hospital of Batna

تمهيد:

يلقى موضوع الجودة المزيد من الاهتمام والخصوصية من قبل المؤسسات الصحية، كون الصحة تعد أحد الأولويات التي تؤثر بشكل مباشر في حياة الأفراد والمجتمعات. ولا شك أن تحسين جودة ما تقدمه هذه المؤسسات من خدمات سيعود بالنفع على الفرد والمجتمع على حد سواء.

وفي أيامنا هذه تجاوز مفهوم الجودة فكرة إنتاج سلعة أو خدمة أفضل مما هو متاح، وامتد إلى وجوب تحقيق رضا العملاء عن السلعة أو الخدمة المقدمة. وهذا التوسع في المفهوم جعل الجودة مسألة إدارية تتمتع بالشمولية والتنسيق على عدة مستويات. وتقع مسؤولية جانب مهم من تحقق هذا المفهوم في المؤسسة على الفرد بصرف النظر عن موقعه وطبيعة عمله، فالمورد البشري هو جوهر إدارة الجودة الشاملة. إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يشمل التعرف على جوانب الهدر في الوقت والطاقة الذهنية والمادية، كما يعد أفضل النظم التي تمنح الصلاحيات للعاملين وتحثهم على المشاركة والتحسين المستمر وتدفعهم للنجاح في تقديم خدمات ذات جودة لتلبية احتياجات العميل ورغباته. إن تحقيق ذلك يعتمد بشكل أساسي على مدى فاعلية أداء الأفراد العاملين لمهامهم وواجباتهم، والذي يتأثر كثيرا بمستوى الرضا عن العمل أو الوظيفة، لأنه من الطبيعي جدا أن يختلف أداء فرد راض في عمله، بفرد أخر لا يلمس أن المنظمة التي يعمل بها تهتم بحالة الرضا لديه وبمتطلباته. هذا ما يؤكد أهمية الرضا الوظيفي في حياة المنظمة.

يغطي العنصر البشري العامل في القطاع الصحي فئات متباينة من حيث خصائصها وأدوارها في تقديم الخدمة الصحية، إذ يشمل الأطباء، الممرضين والموظفين، ما أوجب على المؤسسات الصحية مسؤولية التفكير بصورة جدية لتوجيه هذا العنصر بما يحقق الكفاءة والفاعلية فيها. ويعتبر الرضا الوظيفي المحرك الأساسي لدافعية الأفراد لأداء العمل بجدية مما يؤدي إلى زيادة فرص الرقي والتقدم في العمل، حيث أن الاهتمام والتركيز على أداء كل موظف هو السبيل لتحسين جودة الخدمة المقدمة.

أولا: الإطار العام للدراسة

1. **مشكلة الدراسة:**

على ضوء ما تقدم يمكن أن نبرز مشكلة الدراسة والتي تتمثل فيما يلي:

كيف يساهم الرضا الوظيفي كعامل معدل في تحسين أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمستشفى الجامعي بباتنة؟

وتندرج تحت هذا السؤال عدة أسئلة فرعية تتمثل في:

- هل تؤثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى محل الدراسة؟
- هل تؤثر إدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي للعامل في المستشفى محل الدراسة؟
- هل يؤثر الرضا الوظيفي للعامل على جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى محل الدراسة؟

- هل يعدل الرضا الوظيفي من تأثير إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى محل الدراسة؟

2. **أهمية الدراسة:**

تستمد الدراسة الحالية أهميتها من أهمية موضوع إدارة الجودة الشاملة في قطاع المؤسسات الصحية، باعتباره موضوع حديث في هذا المجال، ومدى تأثيره في تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمات المقدمة من خلال الدور الذي يأخذه الرضا الوظيفي للعامل في تعزيز هذا الأثر. فالرضا الوظيفي هو عنصر محوري في تقديم الخدمات سيما الصحية منها. فإذا كانت المؤسسة تتعهد للعميل بمستوى جودة معين، فإن مسؤولية تنفيذ هذه الوعود وتسليمها يقع على العاملين، وإرضاء هؤلاء يجعلهم يتفانوا في إرضاء العميل من خلال تحقيق توقعاته والتي بني جانب مهم منها على تعهدات المؤسسة.

أما الأهمية العملية لهذه الدراسة تكمن في إمكانية تأشيرها على بعض العوامل التي من شأنها العمل على تطوير جودة الخدمات المقدمة في مستشفى باتنة على المدى البعيد. وعليه، فإن هذه الدراسة تعتبر خطوة مبدئية للحث على القيام بمزيد من الدراسات في هذا المجال.

3. **أهداف البحث:**

تهدف هذه الدراسة بشكل أساسي إلى رصد اثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية في المستشفى، وتحديد ما إذا كان الرضا الوظيفي كمتغير وسيط يعزز هذا الأثر أم لا. وذلك من خلال تحقيق الأهداف التالية: تحديد أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية في المستشفى؛

- اختبار أثر إدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي للعامل في المستشفى؛
- تحديد أثر الرضا الوظيفي على جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى؛
- دراسة دور الرضا الوظيفي كمتغير وسيط في تعديل أثر إدارة الجودة الشاملة على وجودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى.

4 . فرضيات الدراسة:

تكمن فرضيات الدراسة في أربع فرضيات رئيسية، وهي:

-الفرضية الأولى:

يوجد أثر معنوي مباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية في المستشفى.

-الفرضية الثانية:

يوجد أثر معنوي مباشر لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي في المستشفى.

-الفرضية الثالثة:

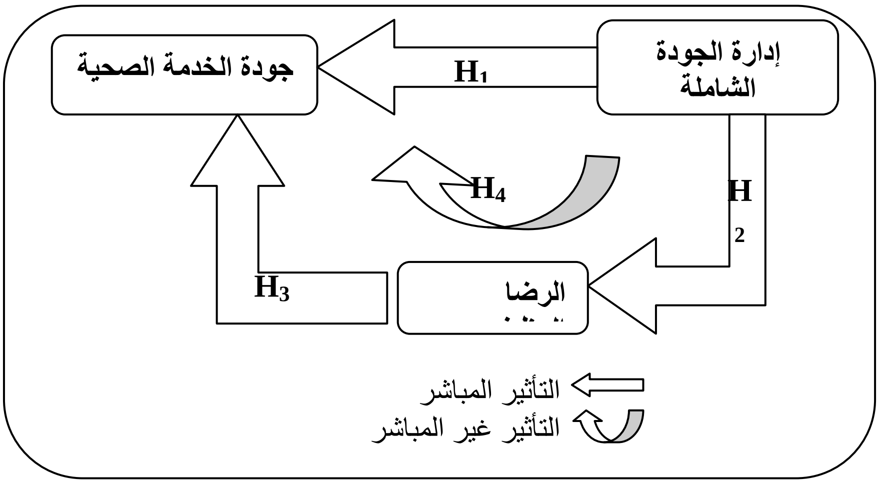
يوجد أثر معنوي مباشر للرضا الوظيفي على وجودة الخدمة الصحية في المستشفى.

-الفرضية الرابعة:

يوجد تأثير معنوي لإدارة الجودة الشاملة على وجودة الخدمة الصحية من خلال الرضا الوظيفي كمتغير وسيط.

5. نموذج الدراسة:

لمعالجة مشكلة الدراسة واختبار فرضياتها تطلب بناء نموذج شمولي مقترح يتكون من ثلاث متغيرات مرتبطة مع بعضها البعض وهي إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي وجودة الخدمة المقدمة، حيث يقترح النموذج وجود اثر مباشر لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي وعلى جودة الخدمة المقدمة. وكذلك وجود اثر مباشر للرضا الوظيفي على جودة الخدمة المقدمة، بينما يوجد اثر غير مباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة من خلال الرضا الوظيفي كمتغير وسيط.



شكل (1): نموذج مقترح للدراسة /المصدر: من إعداد الباحثتين

ثانيا: الإطـار النظري للدراســة

1. خلفية نظرية حول إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

1.1. مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

إن مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لا يختلف عما قدمه خبراء الجودة أمثال ديمينغ، جورانن كروزبي وايشيكاو، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية. فمن حيث المحتوى، تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها عملية ترتكز على منع وقوع الأخطاء أو الاختلافات في مستوى وأسلوب تقديم الخدمة بالقضاء على مسببات هذه الأخطاء والاختلافات مسبقا. وتعرف أيضا على أنها إطار تنظيمي تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات والمخرجات) لتحسينها بشكل مستمر.[1] يتضح من التعريفين السابقين أن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية هي أسلوب لتحسين فاعلية العمل بشكل عام، وأنها طريقة للتنظيم تشمل المؤسسة بأكملها، وفي ذلك جميع الأنشطة والعاملين على كل المستويات.

[1] – حنان عبد الرحيم الأحمدي، "التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية"، مجلة الإدارة العامة، المجلد 40، العدد 3، الرياض، أكتوبر 2000، ص. 414.

أما من المنظور الإداري، فإن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تعرف بأنها الاستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة إلى تحقيق التغيرات في الخصائص والصفات التي تمكن الأفراد جميعهم، المهنيون وهم الأطباء وكوادر التمريض والفنيون والمرضى على حد سواء، من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة بالشكل الذي يحقق الوفرة بالتكاليف، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والعملاء الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية.[1] وبناء عليه، فإن هذا التعريف يعتبر إدارة الجودة الشاملة تساهم في بناء استراتيجيات التركيز على المريض وتطبيق برامج التخطيط الفعالة، بالإضافة إلى تنفيذ البرامج التدريبية الضرورية لكافة الأفراد العاملين في أنظمة الرعاية الصحية. وباعتبار أن شمولية إدارة الجودة تمتد إلى تضمينها العامل الزمني والاستمرارية، فإنها تعرف بأنها عملية ذاتية شاملة متسلسلة لضمان التحسين المستمر في جودة الخدمات وبما يتناسب مع حاجة كل مواطن وسهولة الحصول عليها.[2] كما عرفت أيضا على أنها فلسفة واسعة وعريضة في كيفية جعل مجاميع مختلفة من الأفراد تجتمع معا لإنجاز غرض عام، وتسمح لهم فهم طبيعة وأهمية ما يقدمونه من خدمات، وأن يضعوا طاقاتهم وإمكانياتهم في تحقيق التحسين المستمر ولهذا يطلق على إدارة الجودة الشاملة المعرفة المعمقة أو معرفة التحسين.[3]

2.1. مبادئ وركائز إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

عندما يتعين على إدارة المؤسسة الصحية استخدام أسلوب إدارة الجودة الشاملة، فإن عليها أن تعتني بالركائز التالية:[4]

- القوى البشرية: إن المهارات والكفاءات البشرية الطبية والتمريضية وحتى الإدارية تعتبر من الأساسيات التي تحقق أهداف المؤسسة، مما يجعل المؤسسة تضع بعين الاعتبار تدريب وتحفيز وتطوير تلك الكوادر من اجل الوصول إلى تقديم خدمات طبية مميزة؛

- المشاركة والتحفيز: من خلال تشجيع الإبداع والتطوير وبث روح المشاركة بين العاملين من اجل العمل كفريق؛

- المعلومات والتغذية العكسية: إن توفير المقاييس والمواصفات والمعايير والمعلومات تشكل عنصرا هاما في تحقيق الأهداف وان صحة المعلومات ودقتها تساعد في اتخاذ قرارات سليمة؛

- التحسين المستمر: يتطلب التحسين المستمر مواكبة التطورات العلمية والتكنولوجية وقد بين (وابت) مكونات التحسين المستمر بتنميط وتوثيق الإجراءات وتحديد النشاطات التي تحتاج إلى تحسين وتطوير واستخدام طرق التحليل وأدوات حل المشاكل بالإضافة إلى توثيق إجراءات التحسن؛

-التزام الإدارة العليا بإدارة الجودة الشاملة: ويتمثل التزام الإدارة العليا بتعزيز ثقافة الجودة وتطوير إمكانيات وقدرات الموظفين وتوفير رؤية استراتيجية وسياسات ثابتة وواضحة للمؤسسة؛

---

[1]- عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص ص.300-301.

[2]- د. حنان محمود مخير، ادارة المستشفيات، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر، دمشق، 2010، ص.115.

[3]- سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر، عمان،2009 ،ص.238 .

[4]- مأمون الدراركة، الجودة في المنظمات الحديثة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص.47.

- القرارات المبنية على الحقائق وتجاوز الأخطاء وتجنبها؛

- المناخ التنظيمي: تهيئة المؤسسة لاستخدام أسلوب إدارة الجودة الشاملة واعتبارها ثقافة للتنظيم حيث يتم نشر هذه الثقافة بين العاملين والمرضى والمراجعين، ويتم أيضا تصميم النشاطات على أساس تعزيز ثقافة الجودة الشاملة؛

- التركيز على العميل: يشمل مصطلح العميل في إدارة الجودة الشاملة كلا من العميل الداخلي والعميل الخارجي. ويقصد بالعميل الخارجي ذلك الفرد الذي تتمحور حوله كافة الأنشطة والجهود من أجل تحقيق رغباته، وتحفيزه على اقتناء المنتج، أما العميل الداخلي فيمثل الأفراد العاملين في الوحدات التنظيمية المختلفة للمؤسسة. وقد أشارت منظمة الجودة البريطانية للعملاء بشمولية أكبر، حيث عرفت العملاء بأنهم المستثمرون والموظفون وأصحاب المصالح والموردون والمجتمع بأسره وأي شخص له علاقة معينة بالمؤسسة.

ولذلك، ينبغي على المؤسسة أن تضع في حساباتها الأنشطة التي من شأنها أن تحقق للعميل جودة عالية التي تنسجم مع ضرورة تعزيز الثقة بينه وبين المؤسسة.[1]

2. إطار نظري حول جودة الخدمة الصحية

1.2. مفهوم جودة الخدمة الصحية:

يعتبر مفهوم جودة الخدمة الصحية من المفاهيم الغامضة التي يصعب إيجاد تعريف لها وقياسها بدقة. فليس هناك اتفاق عام بين المهتمين بهذا الموضوع على تعريف معياري موحد ومقبول، حيث ينظر كل منهم إلى هذا المفهوم من زاوية معينة. وبالتالي، يتعامل معه ويركز فيه على نقاط قد يختلف فيها مع غيره.[2] فجودة الخدمة الصحية من المنظور الطبي والمهني هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة ونوعيتها وطبيعة الخدمة الصحية المقدمة. أما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة. ومن وجهة نظر المريض، وهو الأهم، فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية.[3]

أما تعريف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية فيصف الجودة على أنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة".[4]

ويتضح من هذا التعريف أن الجودة تحدد على أساس الالتزام بالمعايير المهنية، وتقاس بأثر رجعي باستخدام المعايير المحددة مسبقا، وبهدف التحسين والتطوير المستمر.

---

[1] – خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والطباعة، الطبعة الثانية، عمان،2005، ص.99.

[2] – فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية. دار إثراء للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 83.

[3] – عبود على السكري وآخرون، "تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي"، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاجتماعية، مجلد 11، العدد 3، 2009، ص5.

[4] – عبد العزيز مخيمر، محمّد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (مفاهيم وتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جمهورية مصر العربية، 2003، ص 187.

2.2. أبعاد (مؤشرات) جودة الخدمة الصحية

-الاعتمادية:

أوضح لوفلوك (lovelock) بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الوفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات.[1] وبين البكري بأن المعولية في الخدمة الصحية تعني القدرة على الأداء في إنجاز ما تم تحديده مسبقا وبشكل دقيق ويمثل هذا البعد (32%) كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى. وأن من معايير التقييم لبعد الاعتمادية الآتي: دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.[2]

-الاستجابة:

يرى لوفلوك بأن الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم.[3] وذكر البكري بان الاستجابة تعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد (المريض)، ويمثل هذا البعد (22%) كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى.[4]

- الضمان:

أشار محمود والعلاق إلى أن هذا البعد هو العهد ويقصد به معلومات القائمين على تقديم الخدمة وكياستهم، وقدرتهم على استلهام الثقة والائتمان.[5] أما البكري فقد أطلق عليه تسمية التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة ويمثل هذا البعد (19%) كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى، ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد الآتي: سمعة ومكانة المستشفى عالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين.[6]

- التعاطف:

يرى كل من باراسيرامان وآخرون (Parasuraman, et.al) بأن بعد التقمص العاطفي يشتمل على المتغيرات التالية: اهتمام العاملين في المستشفى بالمستفيدين اهتماما شخصيا، تفهم العاملين في المنظمة لحاجات المستفيدين، ملاءمة ساعات عمل المنظمة لتناسب جميع المستفيدين، حرص المنظمة على المصلحة العليا للمستفيدين.[7] كما يرى البكري أن التعاطف يعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد، ويمثل

---

[1] - Lovelock .C. Service Marketing, 3rd ed. prentice- Hall, international Edition، New York, 1996, p 465.

[2]- تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري، عمان، 2005، ص ص212-231.

[3] - Lovelock .C, op.cit.,p.456.

[4]- البكري، مرجع سابق، ص ص212-231.

[5]- أحمد محمود، بشير العلاق، "العلاقة المنطقية بين جودة الخدمة بالإدراك ورضا المستفيد (دراسة تحليلة)"، مجلة اربد للبحوث والدراسات، المجلد 3، العدد 2، 2001، ص42.

[6]- البكري، مرجع سابق، ص ص 212-231

[7]- Parasuraman A, Zeithmal, Valarie A, & Berry Leonard, "SERVQUAL: A multiple-Item Scale Measuring- Customer Perception of Service Quality", Journal of Retailing, 1988,Vol 64, No 1,pp12-14.

هذا البعد (16%) كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى، ومن معايير التقييم لهذا البعد: الاهتمام الشخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللطف.[1]

- الملموسية:

أشار زيتمال وبرايتنر (Zeithmal & Britner) إلى أن الجوانب المتعلقة بملموسية الخدمة هي المباني وتقانة المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة، وغير ذلك.[2] وأوضح البكري أن الملموسية تتمثل بالقدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال، ويمثل هذا البعد (11%) كأهمية نسبية قياسا بالأبعاد الأخرى، ومن معايير التقييم لهذا البعد: الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، وأماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.[3]

ومما سبق يتضح أن الدراسات أثبتت أنه على الرغم من النظر إلى الأبعاد الخمسة على أنها ضرورية إلا أن الوزن النسبي لها يختلف من زبون لآخر، ومن منظمة لأخرى. إلا أن بعد الاعتمادية يظل في جميع الأحوال في المرتبة الأولى كأهم عنصر أو بعد يعكس جودة الخدمة، بغض النظر عن طبيعة الخدمة.[4]

3. إطار نظري حول الرضا الوظيفي

1.3. مفهوم الرضا الوظيفي:

لقد اختلف الباحثون في تحديد مفهوم الرضا الوظيفي أو ما يعرف أحياناً بالرضا عن العمل بأنه "الشعور النفسي بالقناعة والارتياح والسعادة لإشباع الرغبات والحاجات والتوقعات مع العمل نفسه ومحتوى بيئة العمل ومع الثقة والولاء والانتماء للعمل ومع العوامل والمؤشرات الأخرى ذات العلاقة".[5]

يعتبر الرضا في العمل أنه الحالة النفسية أو الانفعالية السارة التي يصل إليها الموظف، عند درجة إشباع معينة، تحدث له جراء تعرضه لمجموعة من العوامل النفسية، الاجتماعية، المهنية والمادية.[6]

---

[1]- البكري، مرجع سابق، ص 212 .

[2] - Zeithmal, Valarie A, and Britner M, op.cit.,pp 28-31

[3]- البكري، مرجع سابق، ص 212 .

[4]- عوض بدير، تسويق الخدمات المصرفية، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، 1999، ص 345، نقلا عن قاسم نايف المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وتطبيقات وعمليات، الطبعة الأولى، دار الشروق، عمان، 2006، ص 96.

[5]- فلمبان، ايناس فؤاد نواوي، الرضا الوظيفي وعلاقته بالالتزام التنظيمي لدى المشرفين التربويين والمشرفات التربويات بإدارة التربية والتعليم بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير، قسم الإدارة التربوية والتخطيط، جامعة ام القرى بمكة، الفصل الثاني لعام 1428.1429هـ، ص9.

[6] – الشمري، سالم عواد، الرضا الوظيفي لدى العاملين وآثاره على الأداء الوظيفي، دراسة تطبيقية على (القطاع الصناعي في عمليات الخفجي المشتركة)، ملتقى البحث العلمي، جامعة الملك عبد العزيز، كلية الاقتصاد والإدارة، قسم إدارة الأعمال، ص. 13، www.ressrs.info.

ويعرف الرضا الوظيفي أيضا بأنه شعور الفرد بالسعادة والارتياح أثناء أدائه لعمله، ويتحقق ذلك بالتوافق مع ما يتوقعه الفرد من عمله ومقدار ما يحصل عليه فعلا في هذا الموضوع.[1]

ويعرفه محمّد الحسن التيجاني أنه تجميع للظروف النفسية والفسيولوجية والبيئية التي تحيط علاقة الموظف بزملائه ورؤسائه وتتوافق مع شخصيته.[2] فرضا الفرد عن وظيفته يؤدي إلى الكفاية الإنتاجية العالية. فالفرد الراضي عن وظيفته أو مهنته يقبل عليها بهمة ونشاط ويكون سعيدا بها مما يزيد من كفايته الإنتاجية.

في مجال الموارد البشرية يعتبر الرضا في العمل مصطلح جوهري في فهم الاتجاهات والمواقف في العمل. وعادة يدرس الرضا الوظيفي باعتباره المتغير المفسر ل: الفعالية التنظيمية، الأداء، الإضرابات، مقاومة التغيير. وبالمقابل تؤكد نتائج دراسات حديثة في مجال التسويق أن الرضا الوظيفي لعمال الواجهة له تأثير ايجابي على جودة الخدمة المدركة وعلى رضا الزبون.

2.3. نماذج قياس الرضا الوظيفي

إن معرفة اتجاهات الأفراد نحو العمل ليست بالعملية السهلة لأنه من الصعب معرفة حقيقة تلك الاتجاهات بدقة من خلال الملاحظة واستنتاجها بدقة من خلال سلوك الفرد، فإلى حد كبير يعتمد قياس الرضا عن العمل على ما يذكره الفرد وعادة لا يفصح أو لا يستطيع الإفصاح بصورة صادقة عما بداخله، ويمكن حصر الأساليب المستخدمة في الوقت الحاضر في أسلوبين:[3]

1. المقاييس الموضوعية:

حيث يمكن قياس اتجاه العاملين ورضاهم عن طريق استخدام أساليب معينة مثل: الغياب، معدل الاستقالة أو ترك العمل، معدل الحوادث في العمل، وكذلك معدل الشكاوي ومستوى إنتاج الموظف.

2. المقاييس الذاتية:

وهي التي تعتمد على جمع المعلومات من العاملين باستخدام وسائل محددة مثل: تصميم استمارة الاستقصاء تتضمن قائمة أسئلة خاصة بالرضا الوظيفي توجه إلى العاملين بالمنظمة من أجل معرفة درجة رضاهم عن العمل، أو باستخدام طريقة المقابلات الشخصية التي يجريها الباحثين مع العاملين في المنظمة ولكل طريقة مزاياها وعيوبها وظروف استخدامها.

وقد بذل الباحثون والمنظرون في السلوك التنظيمي جهود كبيرة من أجل تطوير بعض المقاييس تكون أكثر صدق وثبات، وسنتعرض لأهم الطرق الرئيسية المستخدمة في قياس الرضا نذكر منها: المقاييس الرتيبة والاستبيانات ذات المقاييس المقننة، أسلوب الأحداث الحرجة، المقابلات الشخصية. وهي كما يلي:[4]

1– الفالح، نايف بن سليمان، "الثقافة التنظيمية وعلاقتها بالرضا الوظيفي في الأجهزة الأمنية"، رسالة ماجستير، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2001، ص. 71.

2– محمّد الحسن التيجاني يوسف، "التحفيز وأثره في تحقيق الرضا الوظيفي لدى العاملين في منشآت القطاع الصناعي بالمدينة الصناعية مكة المكرمة"، رسالة ماجستير، الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي، ص. 59.

3– راوية حسن، السلوك التنظيمي المعاصر، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2004، ص. 170.

4– راوية حسن، مرجع سابق، ص. 198.

1. **المقاييس الرتيبة والاستبيانات ذات المقاييس المقننة:**

وهي من أكثر الطرق المستخدمة لقياس الرضا الوظيفي باستعمال قوائم الاستقصاء ومن أهم المقاييس المستعملة الآتي:

- **الاستبانة الوصفية للوظيفة (JDI):**

وتقيس معدلات الرضا لخمسة جوانب مختلفة للوظيفة وهي: الوظيفة نفسها، الأجر، فرص الترقية، الإشراف، الزملاء، وضمن كل بعد من هذه الأبعاد قائمة بكلمات أو جمل قصيرة، على العامل أو الموظف أن يحدد ما إذا كانت العبارة تصف الوظيفة أم لا باستخدام إجابات من نوع الإثبات أو النفي أو عدم المعرفة.

- **استبانة مينسوتا لقياس الرضا الوظيفي (MSQ): Minnesota Satisfaction Questionnaire**

وهو مقياس شائع الاستخدام حيث يعبر الفرد عن مدى رضاه من عدمه، حول بعض الجوانب المتعلقة بالوظيفة مثل: الأجر، الترقية، كفاءة الإشراف، أما مقياس التقدير فيتراوح بين راضي جدا إلى غير راضي جدا.

ويشمل هذا المقياس مجموعة من العناصر، منها: استخدام المهارات، الانجازات الشخصية، النشاط في العمل، فرص التقدم داخل الشركة، العلاقات مع المرؤوسين، سياسات وممارسات المنظمة، الراتب الذي يتقاضاه مقابل العمل، العلاقات والجو السائد بين الزملاء، القدرة على الابتكار وتجربة طرق أخرى للعمل، القدرة على العمل بشكل مستقل، القيمة الأخلاقية، الامتنان أو الاعتراف بالعمل المنجز، القدرة على تحمل المسؤولية واتخاذ القرارات، الأمن والاستقرار في العمل، الحالة الاجتماعية، العلاقات مع الرؤساء، المهارات الفنية للمشرفين، التنوع في المهام للإنجاز، ظروف العمل.[1]

وقد قام Roussel بإعداد سلم يحوي خمسة أبعاد، وهي:[2]

- الرضا الداخلي؛
- بيئة وجو العمل؛
- حاجات العلاقات الاجتماعية؛
- التقدم والأجر؛
- احترام قيم العامل.

- **مقياس الرضا عن الأجر (PSQ):**

وهو يهتم بالحالات النفسية اتجاه العوامل المختلفة لجوانب أنظمة الأجور ويتم الإجابة عليه في مقياس متدرج من خمسة مستويات.

2. **أسلوب الأحداث الحرجة:**

---

[1]- cité par Moutte Jelie, «La relation personnel en contact-client : une relation donnant-donnant ?: une approche exploratoire», les 15èmes Journées Internationales d'Etudes et de Recherches de l'Institut Psychanalyse et Management, Lyon, 14 et 15 Novembre 2006, P. 05-06.

[2] - ibid. P. 06 .

وهو أسلوب يعرف بطريقة القصة لهيرزبرج يتم من خلاله قياس وتقييم الرضا الوظيفي لدى الأفراد، حيث يطلب من الأفراد أن يصف بعض الأحداث المرتبطة بعمله، والتي حققت له الرضا أو عدمه، ثم يتم اختبار وفحص الإجابات لاكتشاف عوامل أو مسببات الرضا أو عدمه، فمثلا إذا ذكر العديد من الأفراد مواقف في العمل تعرضوا فيها لمعاملة سيئة من المشرف أو يمتد دون المسرف لمعاملته الطيبة يظهر أن نمط الإشراف يلعب دورا هاما في الرضا الوظيفي لدى الأفراد.

3. المقابلات الشخصية:

وهي تتضمن مقابلة الأفراد بصفة شخصية وجها لوجه حيث يمكن للفرد أن يفصح عن بعض الأمور والاتجاهات التي لا يمكن الحصول عليها من قوائم الاستقصاء وبالتالي التعرف على الأسباب التي تكون وراء الرضا أو عدم رضا العاملين، وتكون أكثر فاعلية في المنظمات الصغيرة، وخاصة إذا تم التخطيط لها من قبل مختصين في المقابلات الشخصية، وتقل فعاليتها في المنظمات الكبيرة لأن الأفراد في الغالب يخشون الإفصاح على أمور قد تضر بمصالحهم خاصة إذا تعارضت تلك الأمور مع توجهات ومصالح المنظمة.[1]

ثالثا: الدراسة الميدانية

1. مجتمع وعينة الدراسة:

يتمثل المجتمع الكلي لهذه الدراسة في عمال المستشفى الجامعي بباتنة (ممرضون، أطباء، إداريون، عمال). والبالغ عددهم الإجمالي 1494. واستهدفت عينة عشوائية طبقية من أفراد المجتمع. وقد تم توزيع 210 استمارة وبعد تفريغ مجموع الاستبيانات تم استبعاد47 استبيان لعدم صلاحيتها بسبب نقص المعلومات الواردة فيها، أو لامتناع البعض الآخر عن الإجابة. ليبلغ عدد الاستمارات الصالحة للتحليل 163 استمارة، وبذلك تمثل العينة ما نسبته 77.61% من إجمالي الاستمارات الموزعة. والجدول رقم (1) يوضح توزيع الأفراد حسب الوظيفة لهذه العينة:

الجدول رقم (1): توزيع الأفراد حسب الوظيفة

الوظيفة	العدد الإجمالي للمجتمع	العينة	النسب المئوية بالنسبة للمجتمع	النسب المئوية بالنسبة للعينة الاجمالية
ممرض	966	69	7.14	%42.34
طبيب	206	28	1.88	%17.18
إداري	113	47	3.15	%28.83
عامل	206	19	1.28	%11.65
المجموع	1494	163	13.45	100%

2. أداة الدراسة ووسائل جمع البيانات:

1- راوية حسن، مرجع سابق، ص 198.

تم الاعتماد في جمع البيانات والمعلومات للدراسة الميدانية على المصادر الأولية، تتمثل في تصميم وتطوير استبيان، وذلك استنادا على الأدب النظري في الموضوع بهدف الحصول على البيانات من أفراد مجتمع الدراسة. ويتكون هذا الاستبيان من 16 عبارة تغطي مبادئ إدارة الجودة الشاملة اذ تم انتقاء أربع مباديء أساسية تتناسب مع اهداف الدراسة، و12 عبارة تغطي محددات الرضا الوظيفي وقد تم اختيار هذه الأبعاد وفقا لنموذج **مينسوتا**، و20 عبارة تغطي الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية.

3. المعالجة الإحصائية وتحليل وتفسير النتائج

1.3. أدوات التحليل الإحصائي

تمت معالجة البيانات لغرض اختبار نموذج الدراسة وفرضياتها، وذلك من خلال استخدام برنامج SPSS وتم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية، إضافة إلى استخدام معامل الارتباط وتحليل تباين الانحدارANOVA والانحدار البسيط لاختبار الفرضيات الثلاثة الأولى. واستعمل تحليل المسار باستخدام برنامج AMOS لاختبار الفرضية الرابعة.

2.3. صدق وثبات أداة الدراسة

تم الاعتماد على استمارة الاستبيان بوصفها مصدرا رئيسيا لجمع البيانات، حيث اعتمد سلم ليكرت ذو خمس مستويات. وتم عرض الأداة على عدد من المحكمين من أصحاب الخبرة والتخصص، وقد أبدوا آرائهم واقتراحاتهم والتي على أساسها استقرت على وضعها النهائي الذي تم توزيعه على العينة المبحوثة. كما تم حساب الاتساق الداخلي للاستبانة وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات محاور الاستبانة والدرجة الكلية للمحور نفسه، وتبين أن معاملات الارتباط دالة عند مستوي معنوية 0.05 =α. وبذلك يعتبر كل محور صادق لما وضع له. أما الصدق البنائي فاستخدم لقياس مدى تحقق الأهداف التي تريد الأداة الوصول إليها، وتبين أن جميع معاملات الارتباط في جميع محاور الاستبانة دالة إحصائياً عند مستوي معنوية 0.05 =α، وبذلك تعتبر جميع محاور الاستبانة صادقه لما وضعت لقياسه. واستعمل معامل ألفا كرونباخ لقياس مدى ثبات أداة القياس، حيث بلغت قيمته 85% كما يوضحه الجدول (2)، وبذلك تقبل نتائج التحليل المبنية على هذه الاستمارة.

الجدول رقم (2): ثبات أداة القياس

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
إدارة الجودة الشاملة	16	0.81
الرضا الوظيفي	12	0.85
جودة الخدمة	20	0.77
الكلي	48	0.85

2.3. التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة

1.3.3. ترتيب استجابات أفراد العينة على مؤشرات إدارة الجودة الشاملة:

الجدول رقم (3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات إدارة الجودة الشاملة

مؤشرات الدراسة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
التزام الإدارة العليا	1	2.96	.99	متوسطة
التركيز على العميل	2	2.83	.88	متوسطة
التحسين المستمر	3	2.67	.75	متوسطة
مشاركة العاملين	4	2.54	.93	ضعيف
إدارة الجودة الشاملة		2.75	0.72	متوسطة

يوضح الجدول رقم (3) أن المتوسط الحسابي لمتغير إدارة الجودة الشاملة إجمالا يساوي (2.75)، وهي قيمة إيجابية متوسطة تشير إلى اتفاق المستجوبين على أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى، وأعطت العينة المبحوثة الأولوية لالتزام الإدارة العليا بمتوسط حسابي (2.96)، مما يشير إلى اهتمام متوسط للإدارة العليا والتزامها بنشر هذه الثقافة، ثم التركيز على العميل جاء في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي متوسط (2.83). مما يشير إلى الوعي العام بأهمية ورضا العميل، ثم مؤشر التحسين المستمر بمتوسط حسابي متوسط (2.67). غير أن مشاركة العاملين جاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي ضعيف (2.54) مما يدل على إهمال الإدارة رأي العاملين ومشاركتهم في اتخاذ القرارات.

2.3.3. **ترتيب استجابات أفراد العينة على أبعاد جودة الخدمة الصحية**

الجدول رقم (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعد جودة الخدمة الصحية

مؤشرات الدراسة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
الملموسية	2	2.92	1.18	متوسطة
الاعتمادية	5	2.23	1.03	ضعيف
الاستجابة	3	2.50	1.13	ضعيف
الأمان	4	2.26	1.13	ضعيف
التعاطف	1	3.30	1.38	متوسطة
جودة الخدمة		2.64	0.85	متوسطة

إن مؤشر جودة الخدمة كان على درجة من الأهمية من وجهة نظر العاملين حيث كان متوسطه الحسابي (2.64). وقد احتل بعد التعاطف المرتبة الأولى بدرجة موافقة متوسطة، وهذا راجع إلى طبيعة وخصوصية هذه الخدمة التي تحتاج هذا البعد أثناء التعامل، ثم بعد الملموسية بنفس الدرجة مما يعكس الجهود المبذولة من طرف الدولة في هذا المجال. أما باقي الأبعاد فقد كانت درجة الموافقة عليها ضعيف مما يستوجب الاهتمام بها، كالاعتمادية التي جاءت في المرتبة الأخيرة، والتي تعتبر أهم بعد ثم بعد الأمان الذي كان

متوسطه الحسابي (2.26)، وقبله بعد الاستجابة الذي يوضح نقص فعالية هذا الأخير في تحسين مستوى أداء الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى الجامعي بمدينة باتنة.

3.3.3.ترتيب استجابات أفراد العينة على مؤشرات الرضا الوظيفي

الجدول رقم (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمؤشرات الرضا الوظيفي

مؤشرات الدراسة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
التقدم والأجر	1	2.77	1.23	متوسطة
كفاءة الإشراف	3	2.42	1.18	ضعيف
ظروف العمل	2	2.65	1.13	متوسطة
الرضا الوظيفي		2.61	1.04	متوسطة

يوضح الجدول رقم (5) أن المتوسط الحسابي لمتغير الرضا الوظيفي بلغ (2.61)، وهي قيمة إيجابية متوسطة تشير إلى اتفاق المستجوبين على أهمية الرضا الوظيفي للعامل في المستشفى، وأعطت العينة المبحوثة الأولوية للتقدم والأجر بمتوسط حسابي (2.77)، مما يشير إلى أهمية الأجر والتقدم في العمل بالنسبة للعامل، ثم ظروف العمل الذي جاء في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي متوسط (2.65)، مما يؤكد أن ظروف العمل تساعد على التقدم والتطور في العمل ومن ثم الزيادة في الأجر، غير أن كفاءة الإشراف جاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي ضعيف (2.42) وهذا يشير إلى أن المستشفى يعاني من نقص كفاءة الإطارات المشرفة على بقية العمال.

4.3. اختبار الفرضيات

أ. اختبار الفرضية الأولى

من أجل اختبار الفرضية الأولى نحتاج إلى وضع فرضيتين هما: فرضية العدم والفرضية البديلة، على اعتبار أن فرضية العدم خاضعة للاختبار أي أنها قد تكون غير صحيحة، مما يتطلب وضع الفرضية البديلة.

- H_0: لا يوجد أثر معنوي مباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة في المستشفى.
- H_1: يوجد أثر معنوي مباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة في المستشفى.

قبل التعرف على الأثر المعنوي المباشر لابد أولا من تحليل علاقة الارتباط بين إدارة الجودة الشاملة ومبادئها وجودة الخدمة الصحية، حسب ما يوضحه الجدول رقم (6):

الجدول رقم (6): معامل ارتباط بيرسون بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة(n=163)

مؤشرات إدارة الجودة الشاملة	جودة الخدمة	مستوى المعنوية
التزام الإدارة العليا	0.46	000
التركيز على العميل	0.50	000
التحسين المستمر	0.70	000
مشاركة العاملين	0.60	000

إدارة الجودة الشاملة	0.69	000

يلاحظ من الجدول رقم (6) أنه توجد علاقة ارتباط ايجابية ومعنوية بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة حيث بلغت (0.69) وهي معنوية، ويتضح أيضا أن معامل الارتباط بين مؤشر التحسين المستمر جاء في المرتبة الأولى حيث بلغت قيمته (0.70)، ثم مؤشر مشاركة العاملين بقيمة (0.60)، يليه مؤشر التركيز على العميل بقيمة (0.50)، وفي الأخير جاء مؤشر التزام الإدارة العليا بمعامل ارتباط قيمته (0.46).

ولاختبار قدرة النموذج على التفسير، تم استخدام كل من معامل الارتباط (R) ومعامل التحديد (R^2)، ثم اختبار معنوية هذه النتائج باستخدام تحليل تباين الانحدارANOVA والجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (7): تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار _ T_

نموذج	معاملات الانحدار		BETA	T	مستوى المعنوية لـ(T)	R	R^2	قيمةF المحسوبة	مستوى المعنوية لـ(F)
	B	الخطأ المعياري							
الثابت	.386	.223	-	1.72	.087	-	-	-	-
إدارة الجودة الشاملة	.819	.078	.693	10.44	.000	0.69	.480	109.13	0.000

يلاحظ من أن قيمة معامل التحديد (R^2) بلغت (0.48) وهذا يعني أن المتغيرات المستقلة تفسر معا ما نسبته 48% من التباين في المتغير التابع (جودة الخدمة) أما النسبة المتبقية فتعود إلى عوامل أخرى غير مدروسة. ومن أجل اختبار معنوية هذه النتيجة نجد قيمة F تقدر بـ (109.13) وهي معنوية لأن قيمة α بلغت (0.000) أي أقل من 0.05، وهذا ما يؤكد معنوية علاقة الارتباط الطردية بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة المقدمة.

ومن أجل تحديد علاقة التأثير فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية هذا التأثير، فالجدول أعلاه يوضح بأن قيمة معامل الانحدار بالنسبة لإدارة الجودة الشاملة بلغت (0.819) وقيمة T المقابلة لهذه الأخيرة هي (10.44) وهي معنوية إحصائيا، حيث بلغت قيمة مستوى المعنوية المحسوب (SIG) القيمة (0,000) وهي أقل من قيمة مستوى المعنوية المعتمد (0.05). وعليه، نرفض الفرضية الرئيسية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة القائمة على وجود تأثير دال إحصائيا لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة.

ب. اختبار الفرضية الثانية

- **H_0**: لا يوجد أثر معنوي مباشر لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي في المستشفى.
- **H_1**: يوجد أثر معنوي مباشر لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي في المستشفى.

قبل التعرف على الأثر المعنوي المباشر لابد أولا من تحليل علاقة الارتباط بين إدارة الجودة الشاملة الرضا الوظيفي.

جدول رقم (8): معاملات ارتباط بيرسون بين إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي (n=163)

مؤشرات إدارة الجودة الشاملة	الرضا الوظيفي	مستوى المعنوية
التزام الإدارة العليا	.446	000
التركيز على العميل	.399	000
التحسين المستمر	.675	000
مشاركة العاملين	.617	000
إدارة الجودة الشاملة	.652	000

يلاحظ من الجدول رقم (8) أنه توجد علاقة ارتباط ايجابية ومعنوية بين أبعاد إدارة الجودة الشاملة الرضا الوظيفي حيث بلغت (0.65) وهي معنوية. كما أن معاملات ارتباط المؤشرات كانت قوية ومتوسطة ماعدا مؤشر التركيز على العميل الذي كان معامل ارتباطه ضعيف (0.39).

ثم نقوم باختبار قدرة النموذج على التفسير، من خلال استخدام كل من معامل الارتباط (R) ومعامل التحديد (R^2)، ثم اختبار معنوية هذه النتائج باستخدام تحليل تباين الانحدارANOVA والجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (9): تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار _ T_

نموذج	معاملات الانحدار B	معاملات الانحدار الخطأ المعياري	BETA	T	مستوى المعنوية لـ(T)	R	R^2	قيمةF المحسوبة	مستوى المعنوية لـ(F)
الثابت	.022	.286	-	.077	.938	-	-	-	-
إدارة الجودة الشاملة	.940	.101	.652	9.34	.000	0.652	0.42	87.34	0.000

نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمة معامل التحديد (R^2) بلغت (0.42) وهذا يعني أن المتغيرات المستقلة تفسر معا ما نسبته42% من التباين في المتغير التابع (الرضا الوظيفي) أما النسبة المتبقية فتعود إلى عوامل أخرى غير مدروسة. ومن أجل اختبار معنوية هذه النتيجة نجد قيمة F تقدر بـ (87.349) وهي معنوية لأن قيمة α بلغت (.000) أي أقل من 0.05، وهذا ما يؤكد معنوية علاقة الارتباط الطردية بين إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي.

ومن اجل تحديد علاقة التأثير فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية هذا التأثير، وهو ما يوضحه الجدول رقم (9)، إذ أن قيمة معامل الانحدار بالنسبة لإدارة الجودة الشاملة بلغت (0.940) وقيمة T المقابلة لهذه الأخيرة (9.346) وهي معنوية إحصائيا، حيث بلغت قيمة مستوى المعنوية المحسوب (SIG) القيمة (0,000) وهي أقل من قيمة مستوى المعنوية المعتمد. وعليه، نرفض الفرضية الرئيسية الصفرية ونقبل

الفرضية الرئيسية البديلة القائمة على وجود تأثير ذو دلالة معنوية لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي.

ج. اختبار الفرضية الثالثة

- H_0: لا يوجد أثر معنوي مباشر الرضا الوظيفي على جودة الخدمة المقدمة في المستشفى.
- H_3: يوجد أثر معنوي مباشر الرضا الوظيفي على جودة الخدمة المقدمة في المستشفى.

قبل التعرف على الأثر المعنوي المباشر لمتغيرات الدراسة لابد أولا من تحليل علاقة الارتباط بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة، من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (10): معاملات ارتباط بيرسون بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة (n=163)

مؤشرات الرضا الوظيفي	جودة الخدمة	مستوى المعنوية
التقدم والأجر	.576	000
كفاءة الاشراف	.663	000
ظروف العمل	616	000
الرضا الوظيفي	.704	000

يلاحظ من الجدول رقم (10) أنه توجد علاقة ارتباط ايجابية ومعنوية بين أبعاد الرضا الوظيفي وجودة الخدمة حيث بلغت (0.704) وهي معنوية، كما أن معاملات ارتباط مؤشراتها كانت ايجابية ومعنوية على العموم. أما عن اختبار قدرة النموذج على التفسير، من خلال استخدام كل من معامل الارتباط(R) ومعامل التحديد (R^2)، واختبار معنوية هذه النتائج باستخدام تحليل تباين الانحدارANOVA فكان من خلال الجدول الموالي:

الجدول رقم (11): تحليل تباين الانحدار ANOVA واختبار معنوية معامل الانحدار وفقا لاختبار _T_

نموذج	معاملات الانحدار		BETA	T	مستوى لمعنوية لـ(T)	R	R^2	قيمةF المحسوبة	مستوى المعنوية لـ(F)
	B	الخطأ المعياري							
الثابت	1.135	.151		7.535	.000	-	-	-	-
إدارة الجودة الشاملة	.577	.054	.704	10.75	.000	.704	.495	115.72	0.000

يلاحظ من الجدول رقم (11) أن قيمة معامل التحديد (R^2) بلغت (0.495) وهذا يعني أن المتغيرات المستقلة تفسر معا ما نسبته 49.5% من التباين في المتغير التابع (جودة الخدمة) أما النسبة المتبقية فتعود إلى عوامل أخرى غير مدروسة. ومن أجل اختبار معنوية هذه النتيجة نجد قيمة F تقدر بـ (115.727) وهي

معنوية لأن قيمة α بلغت (0.000) أي أقل من 0.05، وهذا ما يؤكد معنوية علاقة الارتباط الطردية بين الرضا الوظيفي وجودة الخدمة. ومن اجل تحديد علاقة التأثير فقد تم اعتماد اختبار T لاختبار معنوية هذا التأثير، والجدول رقم (11) يوضح بأن قيمة معامل الانحدار بالنسبة للرضا الوظيفي بلغت (0.577) وقيمة T المقابلة لهذه الأخيرة (10.75) وهي معنوية إحصائيا، حيث بلغت قيمة مستوى المعنوية المحسوب (SIG) القيمة (0,000) وهي أقل من قيمة مستوى المعنوية المعتمد. وعليه نرفض الفرضية الرئيسية الصفرية ونقبل الفرضية الرئيسية البديلة القائمة على وجود تأثير ذو دلالة معنوية للرضا الوظيفي غلى جودة الخدمة.

د. اختبار الفرضية الرابعة

- H_0: لا يوجد تأثير ذو دلالة معنوية لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة من خلال الرضا الوظيفي كمتغير وسيط عند مستوى الدلالة 0.05.
- H_4: يوجد تأثير ذو دلالة معنوية لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة من خلال الرضا الوظيفي كمتغير وسيط عند مستوى الدلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية تم الاستعانة بتحليل المسار (Path Analysis) باستخدام برنامج AMOS 20 المدعوم ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS20 لتحليل المسار. وللتأكد أولا من ملاءمة نموذج الدراسة تم إجراء تحليل معامل التأكد CFA باستخدام برنامج AMOS بغرض التقييم التجريبي للبناءات المتبناة، حيث أن معامل التأكد في معادلة نمذجة البناء SEM يسمح للباحث من مراقبة المؤشرات الخاصة بكل بعد.

والجدول رقم (12) يقدم مجموعة من مؤشرات صحة المواءمة (goodness-of-fit) لتقييم درجة تفسير النموذج للبيانات الملاحظة، حيث تم الاعتماد على ثمانية مقاييس شائعة لاختبار ملاءمة النموذج، وبمقارنة كل قيم مؤشرات الملاءمة مع القيم المقترح مطابقتها تم التأكد من الملائمة الجيدة لنموذج الدراسة.

الجدول رقم (12): مؤشرات قياس ملاءمة النموذج

مؤشرات الملائمة	القيم المقترحة	قيم المؤشرات
Chi-square/degree of freedom(?2/df) مربع كاي/درجة الحرية	≤ 3.00	1.72
Goodness of fit (GFI) صحة الملائمة	≥ 0.9	0.907
Adjusted goodness of fit (AGFI) صحة الملائمة المعدلة	≥ 0.80	0.848
Normed fit index (NFI) مؤشر الملائمة الطبيعي	≥ 0.90	0.90
Comparative fit index (CFI) مؤشر الملائمة المقارن	≥ 0.90	0.95
Incremental Fit Index (IFI) مؤشر الملائمة المتزايد	≥ 0.90	0.95
Tucker-Lewis index (TLI) مؤشر توكر لويس	≥ 0.90	0.93
الجذر التربيعي لمتوسط الأخطاء التقريبية (RMSEA)	0.05 to 0.08	0.078

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على نتائج AMOS بعد الاستعانة بـ:

2011), p.33. (Office for faculty Excellence Fall, Huil Bian, Structural Equation Modeling With AMOS

أما النموذج الهيكلي للدراسة باستخدام برنامج AMOS فهو موضح حسب الشكل رقم (2)، والذي يبين المسارات ونتائج التحليل للتأثيرات المعيارية المباشرة بين ثلاث متغيرات هي: المتغير المستقل (إدارة الجودة الشاملة TQM)، المتغير الوسيط (الرضا الوظيفي SATISF)، المتغير التابع (جودة الخدمة QUALIT)، ويلاحظ من خلال الأسهم ذات الاتجاه الواحد التي تبين علاقة التأثير المباشر بين إدارة الجودة الشاملة والرضا الوظيفي البالغة (0.81)، وأن مسار إدارة الجودة الشاملة يفسر (66%) من الاختلافات في الرضا الوظيفي. بينما تفسر إدارة الجودة الشاملة ومن خلال المتغير الوسيط الرضا الوظيفي (82%) تقريبا من الاختلافات في جودة الخدمة المقدمة. في حين أن التأثير المباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة قدر بـ(53%).

وبناء على ما سبق يمكن تفسير نتائج تحليل المسار في الجدول رقم (13) الذي يبين التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لمتغيرات الدراسة.

الجدول رقم (13): نتائج تحليل المسار وتقديرات التأثيرات المباشرة وغير المباشرة

إلى / من	التأثيرات المباشرة		التأثيرات غير المباشرة		مستوى الدلالة Sig
	إدارة الجودة الشاملة	الرضا الوظيفي	إدارة الجودة الشاملة	الرضا الوظيفي	0.001
الرضا الوظيفي	0.811	0.000	0.000	0.000	
جودة الخدمة	0.533	0.418	0.339	0.000	

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على نتائج برنامج AMOS

تبين النتائج الموضحة في الجدول أن المسار الوحيد في النموذج المقترح له تأثير كلي معياري مجزء إلى تأثير مباشر وتأثير غير مباشر. هذا الأخير المتمثل في تأثير إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة من خلال الرضا الوظيفي كمتغير وسيط. حيث بلغ التأثير المباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة (0.533)، وقد بلغ التأثير غير المباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة من خلال الرضا الوظيفي كمتغير وسيط (0.339) وهو يبين الدور الذي يلعبه الرضا الوظيفي كمتغير وسيط في أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة في المستشفى الجامعي بباتنة، وبناء على هذه النتيجة يمكننا رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة من خلال الرضا الوظيفي كمتغير وسيط عند مستوى الدلالة 0.05.

كما نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أن التأثير المباشر لإدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي كان قوي (0.811)، في المقابل نجد أن تأثير الرضا الوظيفي على جودة الخدمة المقدمة كان أقل تأثيرا (0.418)، إذا ما قارناه بالتأثير المباشر لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة في المستشفى (0.533)، هذا ما نتج عنه أن التأثير المباشر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة في المستشفى الجامعي بباتنة أقوى من التأثير غير المباشر نظرا للتأثير الضعيف للرضا الوظيفي على جودة الخدمة المقدمة،

وهذا ان دل على شيء فهو يدل تدني إدراك عينة الدراسة لأهمية تقديم خدمات ذات جودة ويؤكد هذه النتيجة تقييمهم المتدني لابعاد جودة الخدمة في المستشفى محل الدراسة. وبذلك فإن مجهودات إدارة الجودة الشاملة ستذهب سدى ما لم يتم التركيز على تحسيس كل العاملين في المستشفى حول أهمية تجويد الخدمات المقدمة.

الاستنتاجات الاقتراحات:

1. **الاستنتاجات:**

بصفة عامة، يلاحظ أن هناك قدرا كبيرا من الاهتمام بمتغيرات الدراسة في الآونة الأخيرة، على الأخص ما بين الأكاديميين والممارسين التنظيمين. وعلى الرغم من وجود العديد من البحوث والدراسات المتعلقة بأهمية إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة المقدمة والرضا الوظيفي، إلا أن القليل من الدراسات التي أسقطتها على القطاع الصحي وذلك لحساسية هذا القطاع في بلادنا. إضافة إلى أنه لم يسبق وجمع بين هذه المتغيرات في نموذج واحد ومحاولة دارسة العلاقة بينهم (في حدود علم الباحثتين).

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الميدانية يمكن الخروج ببعض الاستنتاجات منها:

- أن تقييم المستجوبين لمستوى إدارة الجودة الشاملة في المستشفى الجامعي في باتنة كانت موافقة متوسطة، خاصة بالنسبة للمبادئ الثلاثة الأولى (التزام الإدارة العليا، التركيز على العميل، التحسين المستمر)، أما مشاركة العاملين فقد حظيت بموافقة ضعيفة مما يشير إلى عدم إشراك إدارة المستشفى عمالها في الحوار واتخاذ القرارات.

- أشارت الدراسة أيضا إلى أن جودة الخدمة المقدمة في المستشفى الجامعي على درجة موافقة متوسطة بالنسبة للمستجوبين خاصة بالنسبة لمؤشر التعاطف والملموسية، أما باقي المؤشرات فقد حظيت بموافقة ضعيفة (الاعتمادية، الأمان، الاستجابة)، مما يشير إلى ضعف مستوى جودة المورد البشري العامل في المستشفى.

- بالنسبة للرضا الوظيفي فقد اتفق المستجوبون على درجة موافقة متوسطة عموما، على التقدم والأجر وعلى ظروف العمل، أما كفاءة الإشراف فقد اجمع المستجوبون على عدم الموافقة وهذا ما يفسر ضعف مستوى جودة المورد البشري العامل في المستشفى الذي سبق الإشارة إليه.

- على المستوى الكلي للمتغيرات، تم إثبات وجود علاقة ارتباط طردية قوية بين المتغيرات الثلاثة، وعلاقة التأثير المباشرة كانت ذات دلالة إحصائية للمتغيرات الثلاثة (تأثير إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة، تأثير الرضا الوظيفي على جودة الخدمة، تأثير إدارة الجودة الشاملة على الرضا الوظيفي).

- كما أن علاقة التأثير غير المباشرة لإدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة المقدمة من خلال الرضا الوظيفي كمتغير وسيط كانت ذات دلالة إحصائية.

- غير أن علاقة الوساطة لمتغير الرضا الوظيفي لم تؤثر ايجابيا، فهي لم تعزز العلاقة بين ادارة الجودة الشاملة والجودة المقدمة للمستفيد من الخدمات الصحية.

الاقتراحـات:

بناء على نتائج الدراسة يمكن تقديم الاقتراحات التالية:

- أن تقوم الإدارة العليا باهتمام أكبر بالموظفين على اعتبار أنهم زبائن داخليون انسجاما مع فلسفة إدارة الجودة الشاملة، وذلك عن طريق تقدير جهودهم المتميزة والعمل على رفع مستوى أدائهم وتعزيز الثقة بينها وبينهم عن طريق إشعارهم بأهميتهم وإشراكهم في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بتسيير شؤون العمل؛
- زيادة الاهتمام بالمرضى والتعامل معهم على أساس أنهم زبائن مما يوجب الحرص على رضاهم والسعي لتحسين الخدمات المقدمة لهم في كافة المجلات؛

ونظرا لما جاءت به نتائج الدراسة على دور الوساطة الذي لعبه الرضا الوظيفي في تعديل العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة المقدمة، ومن اجل جعل الرضا الوظيفي يعزز ذلك التأثير توصي الدراسة بـ:

- التركيز على رفع درجة الوعي لدى الموظفين بأهمية تقديم خدمات ذات جودة عالية؛
- ضرورة عقد دورات تدريبية للموظفين من اجل رفع مستوى أدائهم؛
- توفير الإمكانات المادية والبشرية اللازمة ذات الكفاءة للإشراف على العمل داخل المستشفى، وللوفاء بمتطلبات المرضى والذي يعتبر من بين أهم السبل لتحقيق الجودة.